

**REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY**

# DIARIO DE SESIONES DE LA COMISION PERMANENTE

**QUINTO PERIODO ORDINARIO DE LA XLIV LEGISLATURA**

## 6ª SESION

PRESIDE EL SEÑOR LEGISLADOR WILSON SANABRIA
(Presidente)

ACTUAN EN SECRETARIA LOS TITULARES SEÑORES MARIO FARACHIO, DOCTOR HORACIO D. CATALURDA Y EL PROSECRETARIO DE LA CAMARA DE REPRESENTANTES SEÑOR GERARDO TOVAGLIARI

Asisten el señor Ministro de Economía y Finanzas, economista Luis Mosca, el Subsecretario, contador Juan Moreira, los asesores, economista Stella M. Cigliutti, Directora de la Asesoría Económica Financiera, el contador Pedro Spielman, Representante Alterno ante el Fondo Nacional de Recursos, el doctor Fernando González Márquez, Asesor Jurídico; el señor Ministro de Salud Pública, doctor Raúl Bustos, el contador Ricardo Yelpo, Representante en el Fondo Nacional de Recursos y el contador Hugo Lacurcia, representante del BPS ante el Fondo Nacional de Recursos

S U M A R I O

## 1) TEXTO DE LA CITACION

«Montevideo, 15 de octubre de 1999.

La COMISION PERMANENTE se reunirá en régimen de Comisión General, el próximo martes 19, a la hora 16, a fin de recibir a los señores Ministros de Economía y Finanzas y de Salud Pública a los efectos de considerar el funcionamiento y gestión del Fondo Nacional de Recursos y, especificamente, el financiamiento de operaciones quirúrgicas en el exterior del país, y el cobro compulsivo de una cuota voluntaria por el CASMU.

**Martín García Nin** Secretario

**Mario Farachio** Secretario.»

## 2) ASISTENCIA

ASISTEN: los señores Senadores **Bergstein, García Costa y Sarthou** y los señores Representantes **Abdala, Borsari, Chifflet, Fernández Chaves, Pintado, Posada** y **Sedarri.**

Concurren en régimen de Comisión General, el señor Ministro de Economía y Finanzas, economista Luis Mosca, el Subsecretario, contador Juan Moreira, los asesores, economista Stella M. Cigliutti, Directora de la Asesoría Económica Financiera, el contador Pedro Spielman, Representante Alterno ante el Fondo Nacional de Recursos, el doctor Fernando González Márquez, Asesor Jurídico, el señor Ministro de Salud Pública, doctor Raúl Bustos, el contador Ricardo Yelpo, Representante en el Fondo Nacional de Recursos, y el contador Hugo Lacurcia, representante del BPS ante el Fondo Nacional de Recursos.

## 3) FUNCIONAMIENTO Y FINANCIAMIENTO DEL FONDO NACIONAL DE RECURSOS

SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 16 y 43 minutos.)

-La Comisión Permanente ha sido convocada, en régimen de Comisión General, a fin de recibir a los señores Ministros de Economía y Finanzas y de Salud Pública, a los efectos de considerar el tema relacionado con el funcionamiento y la gestión del Fondo Nacional de Recursos, específicamente lo relativo a las operaciones quirúrgicas en el exterior del país, así como para analizar el cobro compulsivo de una cuota voluntaria por parte del CASMU.

Antes que nada queremos dar la bienvenida a los señores Ministros, Subsecretarios y a sus asesores.

Tiene la palabra el señor Legislador Posada.

SEÑOR POSADA.- Quiero comenzar por agradecer la presencia de los señores Ministros de Economía y Finanzas y de Salud Pública y sus asesores en esta Sala. Ellos han venido a los efectos de reflexionar en conjunto sobre un tema que mucho nos preocupa y en el que creemos que durante este período de Gobierno, tanto el Poder Ejecutivo como el Legislativo, debieron haberle dedicado un espacio para tratar de generar alguno de los cambios que necesariamente surgen del estudio del tema.

En ese sentido, nosotros pedimos a la biblioteca del Poder Legislativo que recopilara los antecedentes del tema al que ingresamos -lo confieso, señor Presidente- en una forma lateral cuando a raíz de un proyecto de creación de un impuesto sobre los juegos de azar por las líneas 0900, recibimos los primeros comentarios sobre el Fondo Nacional de Recursos.

Lo cierto es que el tema relacionado con el Fondo Nacional de Recursos ha ocupado la atención de todos los medios de comunicación, fundamentalmente de la prensa escrita, a lo largo del período que se extiende desde comienzos de 1997 hasta mediados del presente año. En ese sentido, en estos tiempos en los que el propio debate electoral a veces marca la preocupación por el presupuesto del Poder Judicial o del Poder Legislativo -aparecen, entonces, planteos relacionados, por un lado, con la reducción de Legisladores y con el incremento de los recursos de que hoy dispone el Poder Judicial-, se plantea el tema del Fondo Nacional de Recursos que, como es sabido, tiene un presupuesto del orden de los U$S 150:000.000, valor éste que equivale a la suma de lo que gastan el Poder Legislativo y el Poder Judicial. Por lo tanto, cuando analizamos comparativamente el presupuesto de dicho Fondo, el de diversos Incisos ministeriales y el de otros Incisos a los que aludimos, llegamos a la conclusión de que aquí, efectivamente, hay un nivel de gasto importante, por lo cual sería bueno saber cuál es la opinión con respecto a su funcionamiento.

Concretamente, en varios artículos de prensa se han esbozado múltiples opiniones sobre este asunto. Por nuestra parte, queremos hacer mención a algunas de ellas en la medida en que no somos versados en la materia médica y nos resulta necesario recurrir a distintas expresiones que se han vertido por parte de diversos especialistas, representantes de entidades y agremiaciones médicas.

Así, pues, voy a hacer referencia a un reportaje que se llevó a cabo por parte del semanario «Búsqueda», el día jueves 5 de junio de 1997, al doctor Juan Carlos Macedo, quien había sido elegido en aquel momento Presidente del Sindicato Médico del Uruguay. Voy a recoger dos preguntas que me parecen importantes dentro del contexto del reportaje y que, de alguna manera, van marcando los lineamientos de nuestra preocupación en el sentido de promover una reflexión y escuchar la opinión de los señores Ministros con respecto al funcionamiento actual y, fundamentalmente, futuro, de este Fondo Nacional de Recursos.

Una de las interrogantes que formula el periodista es cuáles son los principales cambios en el gremio médico, a la cual el

doctor Macedo contesta: «El surgimiento del empresismo médico impulsado por el desarrollo de la tecnología y la pérdida de la preeminencia del valor de lo académico y lo ético han sido los mayores cambios ocurridos en el gremio. También hubo un cambio en el vínculo de los médicos con la Facultad de Medicina. El mercado promovió una fragmentación económica y social y determinó vínculos en el gremio que se aproximan más al 'lobby' que al grupo académico».

La segunda pregunta que se formula al doctor Macedo más adelante es cuál es su visión sobre el estado del Fondo Nacional de Recursos, a lo que aquél responde: «El FNR es una herramienta extraordinaria que se dio el Uruguay. Pero eso sí: tiene fondo. Si lo queremos desfondar es otra cosa». «¿Quién quiere 'desfondar'el FNR?», pregunta a su vez el periodista. Responde el doctor: «Algunos colegas vinculados a institutos de medicina altamente especializada. No digo que eso sea voluntario, pero el enfoque con que muchas veces los compañeros especialistas se manejan de cara al FNR no es el adecuado. La introducción de nuevas tecnologías o procedimientos debe ser planteada científicamente. No basta la calidad individual del prestador futuro y su vocación, sino que es necesario que la técnica que pretende que sea financiada tenga sentido en términos epidemiológicos. No podemos seguir jugando. Debemos movernos con criterios científicos y no seudohumanistas. El FNR no se opone a incorporar nuevos procedimientos a su cobertura, pero tiene capacidad para financiar un determinado número de técnicas y no cien más. Por otra parte, desde el SMU vamos a reclamar un mayor aporte al FNR por parte del Estado».

El último aspecto al que se refirió el doctor Macedo constituye uno de los elementos que, de alguna manera, ha sido mencionado directamente sobre todo por las mutualistas; estamos aludiendo, concretamente, al hecho de que no existe por parte del Ministerio de Economía y Finanzas un cumplimiento efectivo de la ley, lo que ha sido señalado como algo determinante de la desfinanciación del Fondo Nacional de Recursos.

Creemos, señor Presidente, que si en el análisis del tema nos quedáramos en un aspecto tan parcial, no estaríamos ingresando claramente al fondo del asunto. La esencia del mismo no es realmente la forma en que aporta el Ministerio de Economía y Finanzas por acto realizado sino, fundamentalmente, todos aquellos elementos que hoy están generando las dificultades por las que atraviesa el Fondo Nacional de Recursos.

Interesa mencionar, en particular, las opiniones de dos representantes del Plenario de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva brindadas en un reportaje de fecha 22 de julio de 1998 en el que se hace especial referencia a todos estos temas. Efectivamente, los señores Fernando Cigliuti y Joaquín Serra señalaron dos o tres aspectos que resultan interesantes y que, de alguna manera, nos acercan a lo que identificamos como problemas reiteradamente planteados a lo largo de todo este período. Concretamente, en una parte del citado reportaje se expresa: «Lo que importa es que no podemos pagar lo que tenemos que pagar, y estamos pagando cosas que tenemos la impresión que no tenemos que pagar». A continuación se señala: «Hace 18 años se inició» -refiriéndose al Fondo Nacional de Recursos- «con cuatro técnicas: prótesis de cadera, diálisis renal, marcapaso y cirugía cardíaca. La cuota para el Fondo era de un 4% de la cuota mutual. Hoy hay más técnicas y la cuota equivale a un 11% de la cuota mutual. Hay que analizar, a 18 años de iniciado el FNR, qué caso tiene que se sigan pagando todas». Aclaramos que se está refiriendo a las técnicas.

Más adelante, en el mismo reportaje se alude a los grupos médicos que están hoy constituyendo IMAES, que hacen las técnicas; precisamente, a estos se los identifica como los generadores de este problema. Se dice: «A nadie se le escapa que acá hay 130 millones de dólares sobre la mesa que están siendo distribuidos entre una serie de organizaciones que prestan asistencia correctamente, pero que además tienen su beneficio económico». En el mismo sentido se expresa el señor Héctor Geninazzi -Presidente del Plenario de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva- en otro reportaje, realizado un mes después.

Hay dos informes a los que queremos hacer referencia dado que son externos al propio Fondo Nacional de Recursos. Uno de ellos fue elaborado por un funcionario del BID, André Médici, quien estuvo trabajando en todo el monitoreo del proyecto de reconversión del Hospital de Clínicas, extendiendo también algún comentario respecto del sistema de salud uruguayo, particularmente, en lo que tiene que ver al Fondo Nacional de Recursos. En ese documento señala: otra característica importante del sistema de salud uruguayo es la oferta creciente de procedimientos de alta tecnología a través de los Institutos de Medicina Altamente Especializada, regulados y financiados por el Fondo Nacional de Recursos, con fondos públicos y también de las IAMC. Los Institutos de Medicina Altamente Especializada funcionan tanto en hospitales públicos como en las IAMC. El déficit anual de este Fondo viene siendo financiado por recursos del Tesoro. Aunque represente menos del 7% del gasto total en salud, resulta preocupante que la rápida expansión del parque tecnológico de los IMAE se deba fundamentalmente a la falta de aplicación de controles, normas y reglamentos a los actos cubiertos por el Fondo Nacional de Recursos y a la sobreoferta de especialistas y subespecialistas.

El otro informe al que también queríamos referirnos, señor Presidente, es el realizado por el ex Ministro de Salud Pública de Brasil, doctor Carlos Alduquerque, consultor de la Comisión Panamericana de la Salud. Según tengo entendido, este informe fue elaborado a raíz de una propuesta que realizara el Presidente del Fondo Nacional de Recursos y también a un planteo del propio Ministro de Salud Pública en el sentido de estudiar toda esa preocupante realidad que se vivía a nivel de dicho Fondo. Extraje algunos párrafos que me parecen sustanciales para tratar de darnos cuenta acerca de lo que es el marco de actuación y los problemas que enfrenta el IMAE. Allí se señala que los actuales cuestionamientos van más allá del ordenamiento en las habilitaciones y se dirigen a buscar una reflexión del conjunto de los protagonistas de la salud sobre

los resultados sanitarios -esto me parece lo medular del informe-, de una concepción asistencial que actúa promoviendo demanda de alta tecnología sin volcarse con el mismo ahínco a la promoción de salud. Más adelante, no vacila en adjudicar responsabilidad en esa carrera por la tecnología al papel de generador de demanda de los médicos, siendo muchas veces los mismos prestadores de servicio de alta tecnología. El fenómeno, tal como lo visualiza el autor del informe, se ve de alguna manera facilitado por la inadecuación del modelo de la atención para la prevención y promoción de la salud, al mismo tiempo que la falta de inversiones y estructuras que faciliten los tratamientos definitivos, como por ejemplo trasplantes renales en lugar de diálisis. El doctor Alduquerque cierra este capítulo del consumismo tecnológico sosteniendo que dos problemas son claros en esa dirección: la ausencia de participación efectiva y eficaz de los usuarios y proveedores de servicios y de los agentes financiadores en el control de uso de esta tecnología, además del desconocimiento y omisión de reglas técnicas, indicaciones y resultados científicamente comprobados de costo-beneficio del uso de estas tecnologías.

En ese sentido, establece una serie de propuestas, entre las que se destacan la creación de una participación financiera directa de las IAMC en los aranceles pagos por el Fondo Nacional de Recursos -porcentaje hoy pago por el Fondo Nacional de Recursos y por las IAMC- a los prestadores del servicio. Otra cláusula indica la necesidad de no permitir la inclusión de nuevos procedimientos que no sean acompañados por protocolos de consenso, aceptados o concertados a nivel internacional, y hacer la corrección de los aranceles de acuerdo con los valores de pago regionales. Una de las medidas más significativas que se proponen es el impedimento de que quien solicita o indica el procedimiento no puede realizar o recibir el pago, incluyendo las empresas o servicios en las que tenga cualquier tipo de participación. Finalmente, el ex Ministro de Brasil se pronuncia a favor de facilitar los tratamientos más definitivos, como por ejemplo aumentar el número de trasplantes de riñón en pacientes de hemodiálisis, tal como aludíamos en un párrafo anterior. A manera de colofón se inclina por dar prioridad a las inversiones en prevención y promoción de la salud para en el largo plazo atender menor número de personas enfermas, incluyendo a las que padecen enfermedades graves.

Refiriéndose a este mismo informe tenemos un artículo periodístico que entrecomillado señala lo siguiente: «El proceso de salud-enfermedad es, en la actualidad, un negocio. Se trata de uno de los mayores y más caros negocios del mundo que tiene su ética y moral propias, y que inevitablemente quedará bajo las leyes generales del mercado si no existiera una protección adecuada del Estado u otros organismos sin fines de lucro. El cliente no son los prestadores de los servicios, sino el individuo y la sociedad. La vida y la salud tiene precio, y son caras».

Según recuerdo y repasando la información de prensa de esa época, este estudio había surgido como una necesidad cuando en 1998 se planteó aquella discusión reiterada acerca del financiamiento por parte del Fondo Nacional de Recursos a lo que son los trasplantes de corazón. Si la memoria no me falla, luego de aceptar a esa técnica dentro de las financiadas por el Fondo, se estableció la necesidad de promover este informe que encierra conclusiones tan importantes.

Desde los distintos actores -y este es uno de los aspectos que de alguna manera comprobamos- que integran y están representados en el Fondo Nacional de Recursos, desde el propio Estado a través de los Ministerios de Salud Pública y de Economía y Finanzas hasta las propias entidades mutuales, se señala la necesidad de reformar la ley marco del Fondo.

En ese sentido, las distintas instituciones, documentos y reportajes confirman claramente que los actores que están allí representados -quienes en definitiva tienen la responsabilidad de administrar el Fondo-, insisto, concluyen en la necesidad de reformar el marco que le da operativa al Fondo Nacional de Recursos. En 1996 se contrató una consultora que realizó un estudio sobre el Fondo Nacional de Recursos. El mismo está firmado por el economista Luis Lazarov y la doctora Marisa Buglioli.

Hasta el año 1996 el Estado, a través de sus representantes -5 en 9- tenía mayoría en lo que eran las determinaciones y decisiones que se tomaban en la Comisión Honoraria del Fondo Nacional de Recursos. Sin embargo, el propio Estado, accediendo a un planteo del entonces Ministro de Salud Pública, doctor Alfredo Solari, estuvo de acuerdo en modificar el reglamento interno de la Comisión Honoraria Administradora y como consecuencia de ello al establecerse una mayoría especial de por lo menos siete integrantes de la Comisión -que de alguna manera tenía control sobre las decisiones que se tomaban respecto al presupuesto global-, el Estado perdió su potestad. Quiero señalar este hecho porque no me parece que sea algo menor y porque, en todo caso, las modificaciones legales que en general todos los que tienen que ver con el Fondo Nacional de Recursos reclaman deberán tener en cuenta el restablecer el control que el Estado tenía respecto a tan importante Fondo y, sobre todo, a tan importante destino de los recursos.

Hay otro aspecto que se señala en el informe y que me mereció la posibilidad de ser destacado porque de alguna manera forma parte de las conclusiones que encierra este estudio que es realmente muy acabado e, incluso, de los más importantes que se han desarrollado con respecto a toda la problemática del Fondo. En este sentido, en la página 14 del informe se señala, como consecuencia del análisis de un cuadro anterior, que cabría preguntarse si el gran crecimiento del número de entidades responde efectivamente a las necesidades del país en la materia, contribuyendo, por ejemplo, a contener costos por efecto positivo de una mayor competencia en los mercados respectivos, o si predomina la búsqueda de beneficios económicos para grupos e instituciones que ven en la alta tecnología una forma atractiva de capturar fondos de relativo fácil acceso sin que por ello se contribuya a frenar las presiones al alza de los gastos vinculados al sector que podrían derivarse del funcionamiento de mercados competitivos. Obviamente, en las conclusiones que derivan de este informe se avala que en realidad pasa esto último, es decir que existen grupos e instituciones

que están a la búsqueda de beneficios económicos y que, en consecuencia, esta ha sido una de las causas más importantes que ha venido generando ese aumento casi exponencial, como lo definía la economista Cigliuti en oportunidad de visitar la Comisión de Hacienda de la Cámara de Representantes. Entonces, estamos hablando de un crecimiento realmente muy importante de lo que ha sido el presupuesto del Fondo Nacional de Recursos, presupuesto que es de toda la sociedad porque, más allá de que el Ministerio de Economía y Finanzas haya aportado en el último año aproximadamente U$S 50:000.000 existe una parte muy importante que aporta el Banco de Previsión Social. Si no recuerdo mal, entre las dos instituciones rondan el 60%, y el resto es lo que se cobra por vía de la cuota mutual.

Como decía, entre las cosas que se señalan en este informe y entre los aspectos que me parece que vale la pena remarcar -ya que van en el sentido de promover una reflexión sobre un tema que nos debe preocupar a todos, no sólo como Legisladores sino como ciudadanos, en base a la importante cantidad de recursos que se están manejando en esta área-, se hace referencia a la escasa información existente a lo largo de los años en la mayoría de las Instituciones de Medicina Altamente Especializada. En este sentido se realiza un acápite donde se dice que cabe mencionar que la normativa vigente obliga a aplicar un sistema contable de información uniforme para todas las IMAE, lo cual debería servir de apoyo para la determinación de los precios que se debieran abonar por los actos realizados. Es aquí donde creo que cabe una pregunta concreta que refiere a si se controlan los estados contables de las IMAE. ¿Qué ha pasado con las IMAE que se han negado a presentar información? ¿Hay denuncias en ese sentido? Tengo en mi poder un reportaje que en su momento se hiciera a un ex Director de la Comisión Honoraria Administradora del Fondo, en el que se señala que existían algunas entidades que se habían negado a presentar información. Entonces, cabe preguntarse qué fiscalización interna y qué evaluación de costos se hace de las IMAE. Queremos saber en caso de que exista una evaluación por parte del Ministerio de Salud Pública, en qué consiste ésta y, asimismo, qué realiza en este sentido el Ministerio de Economía y Finanzas. En este informe al que estamos haciendo referencia se señala cuál ha sido la evolución de los precios fijados por el Fondo Nacional de Recursos, y allí se registran notorios cambios, sobre todo en la participación que tienen los honorarios médicos a la hora de establecer los precios de las distintas técnicas.

Volviendo al hecho que mencionamos anteriormente, cuando se analizan los niveles de recursos volcados al sistema, este informe señala que de acuerdo con lo establecido por la ley, los tres primeros tipos de aporte deben ser mensuales, consecutivos y directamente proporcionales a la cantidad de beneficiarios cuya asistencia médica es responsabilidad de cada uno de los sectores o instituciones mencionados, con independencia del número de actos realizados. También establece el monto y la forma de actualizar los aportes determinados por la Comisión Honoraria Administradora. Sin embargo, en los hechos el Fondo Nacional de Recursos no ha percibido los recursos que estipula la ley por la atención brindada a los usuarios de ASSE. Desde el comienzo mismo del funcionamiento de este Fondo, el Ministerio de Economía y Finanzas ha reembolsado los gastos generados por las prestaciones efectivamente realizadas por las IMAE a los usuarios del Ministerio de Salud Pública, manteniendo de ese modo una relación deficitaria con el Fondo Nacional de Recursos. El incumplimiento de los dispositivos legales rompe con la lógica de seguro que en su concepción inicial presentara el funcionamiento de las IMAE. Indudablemente, uno comparte que este aspecto juega mucho a los efectos del financiamiento, pero creemos que no es el punto sustancial del problema que tenemos por delante. Por eso, si bien hemos hecho la referencia, queremos a su vez, establecer claramente que realizamos un análisis y un estudio sobre un tema al que ingresamos por el convencimiento de que tiene una gran dimensión, al cual el Estado uruguayo en su conjunto debió haberle hincado el diente durante este período de Gobierno.

El mismo informe hace, de alguna manera, una comparación -aclaro que se dispone de información hasta el año 1995, pero este fenómeno siguió aumentando- del ingreso de distintos factores en miles de pesos constantes de 1995. Lo que importa, fundamentalmente, es analizar la serie que toma como base 100 el año 1990. Desde ese año a 1995 el Fondo Nacional de Recursos pasó de 100 a 285. Por su parte, las IAMC pasaron -tomando como base 100 el año 1990- de 100 a 163, o sea que el incremento fue del 63%; y en el caso de ASSE, se pasó de 100 a 83, quiere decir que hubo un decrecimiento del 17%.

Estos aspectos, de algún modo, ejemplifican lo que ha sido la evolución del gasto del Fondo Nacional de Recursos con respecto a otras áreas de la salud. Estos temas están complementados con las afirmaciones de los propios representantes del Ministerio de Economía y Finanzas, cuando concurrieron a la Comisión de Hacienda de la Cámara de Representantes, ocasión a la que nos referimos oportunamente. Dichas afirmaciones condicen con los distintos aspectos que hemos venido planteando en cuanto a la necesidad de cambiar el marco legal vigente y a que en la situación actual este tema no es controlable con los medios disponibles. Todo esto nos impone una reflexión real en el marco del funcionamiento de una gestión en la que realmente no hay oposición de intereses y en la que es necesario, de una vez por todas, restituir esos controles, así como la preeminencia que tenía el Estado en su representación.

A las preguntas que veníamos haciendo, quiero agregar otras que me parecen fundamentales y que, en cierto modo, nos generan algunas dudas. Por ejemplo, queremos saber si ha existido una visión común entre los Ministerios de Economía y Finanzas y el de Salud Pública respecto al funcionamiento del Fondo Nacional de Recursos. En ese sentido, después de tener noticia de informes como el de Alduquerque o como el del economista Luis Lazarov y la doctora Marisa Buglioli, al que hacíamos referencia hace unos instantes, quisiéramos saber si se comparten esos diagnósticos y, en definitiva, cuáles son las

líneas de acción que se sugieren por parte de los Ministerios y del Poder Ejecutivo, en definitiva, a la hora de establecer cambios en la gestión que, aclaro, no está siendo criticada desde el punto de vista de cómo está siendo llevada adelante, sino en cuanto al marco en el que se desarrolla.

Otro tema que me parece importante es saber, en cuanto a los fondos que vierte el Ministerio de Economía y Finanzas -respecto a los cuales el Parlamento no tiene control presupuestal-, si no sería absolutamente necesario que los mismos figuraran expresamente en oportunidad de considerarse el Presupuesto de ingresos y gastos del próximo período. En ese sentido, habría que ver si no deberíamos establecer cambios que obligaran al propio sistema político a tomar conciencia de la realidad de este tema.

Con estos aspectos queríamos dar una introducción a lo que puede ser una reflexión concreta y una propuesta de parte del Poder Ejecutivo. No obstante, quiero plantear otros dos temas puntuales. Uno tiene que ver directamente con el Fondo Nacional de Recursos, y es el financiamiento de las operaciones quirúrgicas en el exterior. Como se recordará, el Poder Legislativo sancionó una ley, a propuesta del Poder Ejecutivo, en relación a gravar los juegos de azar que se realizan a través de las líneas 0900. En ese sentido, nos interesa saber si los recursos que suponemos se han empezado a recaudar -pensamos que ya se reglamentó la ley- alcanzan para financiar -tal era la preocupación que existía en el ámbito del Fondo Nacional de Recursos-, efectivamente, los gastos que se originan por esta acción.

Por último, quiero conocer el alcance de una autorización verbal -según se me ha hecho saber- del Ministerio de Economía y Finanzas para el cobro de una sobrecuota en el caso del CASMU, que fue cobrada, de hecho, en forma compulsiva. Digo esto porque de acuerdo con las formas de pago de los recibos mutuales que existen en la actualidad, cuando uno concurre a pagar a los lugares habituales -ya sea ABITAB o los supermercados- no puede negarse a abonar ese aporte «voluntario». En consecuencia, se le genera al ciudadano un pago compulsivo. Sobre este tema, luego de los comentarios que se hagan por parte de los señores Ministros, voy a volver porque está claro que esta sobrecuota que se autorizó al CASMU también tiene relación con una situación generada a partir de cambios operados en el sistema mutual, que tienen que ver con una competencia desleal que se ha dado en el mercado.

SEÑOR PINTADO.- ¿Me permite una interrupción, señor Legislador?

SEÑOR POSADA.- Con mucho gusto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Puede interrumpir el señor Legislador.

SEÑOR PINTADO.- En realidad, quiero intentar ampliar el marco de preguntas y no utilizar indebidamente el tiempo de la Comisión Permanente.

Respecto al tema de la sobrecuota, quisiera saber si el CASMU fue la única institución a la que se le autorizó, de hecho, el cobro de una cuota voluntaria. Asimismo, me gustaría conocer si hubo una disposición del Poder Ejecutivo que estableció la devolución de ese dinero porque se entendiera que estaba mal cobrado, recomendando una modificación de los procedimientos. Por otro lado, en situaciones similares respecto a alguna institución, no referidas al tema de la cuota mutual sino a la afiliación colectiva de niños -se consideró que se trataba de un procedimiento equivocado-, en el caso de existir la obligatoriedad de la devolución de ese dinero, queremos saber si también se le exigió a dicha institución el reintegro de esos fondos que se recaudaron durante dos años, a razón de U$S 400.000 mensuales.

Estas son las preguntas que quería agregar y le agradezco la interrupción al señor Legislador Posada.

SEÑOR PRESIDENTE.- Puede continuar el señor Legislador Posada.

SEÑOR POSADA.- Ya hemos redondeado nuestra primera intervención y, repito, nos interesa profundizar en el tema para tener antecedentes para la próxima legislatura. Evidentemente, en ésta va a ser imposible establecer cambios en el marco legal que regula el Fondo Nacional de Recursos, pero nos parece apropiado intentar generar antecedentes. En ese sentido, consideramos importante escuchar la opinión de los responsables de dos de las áreas que tienen intervención directa en la gestión del Fondo Nacional de Recursos ya que, de alguna manera, son los que nos pueden aportar elementos de su experiencia a los efectos de lograr correcciones en el futuro.

Repito, señor Presidente, que este tema debimos haberlo abordado en el actual período de gobierno, pero esa responsabilidad es compartida no sólo por el Poder Ejecutivo, sino también por todo el Poder Legislativo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Ministro de Salud Pública.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PUBLICA.- Creo que el tema del Fondo Nacional de Recursos, planteado por el señor Legislador Posada, ha sido abordado en un momento muy propicio, tal como él lo ha señalado. Un asunto tan complejo y difícil como éste sin duda alguna requerirá de una gran reflexión por parte de los Poderes Ejecutivo y Legislativo a los efectos de estudiar muy adecuadamente cuáles pueden ser en un futuro las reformas que podrán realizársele.

Antes de analizar algunos de los puntos presentados por el señor Legislador Posada, me gustaría resaltar la importancia que este Fondo tiene para la vida nacional. Sé que esto no ha estado en ningún momento cuestionado, pero me parece importante porque como médico he vivido un período previo a la creación del Fondo Nacional de Recursos y uno posterior. En este sentido, es fundamental aclarar a los señores Legisladores que su creación revolucionó la atención médica en el país, no

solamente desde el punto de vista técnico, asistencial y científico, sino también -lo que creo que es muy importante- desde el punto de vista financiero, económico y de administración. Esto hizo posible que este sistema -que sin duda alguna requiere y necesita perfeccionarse, tal como ha sido señalado- sea uno de los más revolucionarios que existen en la atención médica, por lo menos en nuestra región. El sistema tiene un alto nivel de equidad y de universalidad, ya que prácticamente abarca a toda la población y permite que desde las personas más humildes hasta las de mayores recursos pueden acceder a él. Esto se puede comprobar día a día.

No es fácil encontrar en la región de América Latina un sistema similar que permita otorgar este tipo de prestaciones con este grado de equidad. Aquí hay un punto muy importante que para nosotros es la esencia por la cual el Fondo Nacional de Recursos como tal debe ser resguardado de eventuales situaciones dadas a raíz de determinados problemas que iremos analizando progresivamente. Me refiero a que hay que tener presente la premisa básica de que en el nivel terciario o en el cuarto nivel de la asistencia médica altamente especializada, el país pueda exhibir un sistema de estas características.

Para información de los señores Legisladores, les comento que la Asociación Panamericana de la Salud suele tomar este sistema como ejemplo; e inclusive llega a difundirlo entre otros países, regiones o provincias donde se han querido implantar sistemas similares a éste.

Vuelvo a decir que sé que esto no estaba en cuestionamiento, pero me pareció importante aclararlo, puesto que creemos que la sociedad uruguaya buscó un sistema que le permite solucionar hoy en día un gran problema de atención médica.

Yendo a los puntos que específicamente se estaban planteando, el expuesto por el señor Legislador Posada es, sin duda, uno de los temas centrales de la política sanitaria actual. En ese sentido, creo que fue muy positivo traer las referencias del informe del doctor Alduquerque, Ministro de Salud del Brasil, cuyo nombre sugerimos para que hiciera una evaluación del Fondo Nacional de Recursos, ya que sabíamos de su alto nivel técnico en esta materia.

El Uruguay progresivamente ha ido cambiando su perfil epidemiológico y eso se ve en los indicadores sanitarios que se van acercando a los de los países más desarrollados, si bien no están incluidos dentro de ellos. Tenemos algunos indicadores de país en desarrollo o en subdesarrollo, como se lo quiera denominar, pero en términos generales cuando analizamos expectativas de vida, mortalidad infantil, etcétera, estamos tomando indicadores que no están muy lejos de los que ya han obtenido con el transcurso del tiempo sociedades de larga tradición histórica y, a su vez, de gran cultura sanitaria. Con esto, quiero decir que hemos ido haciendo la transición epidemiológica que trajo como consecuencia esta transición demográfica que nos ha dado la expectativa de vida y la mortalidad infantil a que hacíamos referencia. Es así que progresivamente las enfermedades trasmisibles han empezado a ser controladas y, afortunadamente, algunas de ellas erradicadas como la viruela, la poliomielitis o próximamente el sarampión. El cambio de perfil logrado por este trabajo que insumió muchísimos años, acentuando la promoción y la prevención, ha llevado a que hoy en día la predominancia de nuestras patologías está centrada, fundamentalmente, en las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los accidentes de tránsito. Entonces, cuando analizamos esta perspectiva con relación al enfoque de promoción de salud, observamos que debemos cambiar las estrategias y tácticas a los efectos de poder comprender las modificaciones demográficas y epidemiológicas que se han producido. Con relación a las tres enfermedades que hemos mencionado, podemos concluir que el hecho de aplicar una política de promoción de salud y de prevención de las enfermedades implica básicamente trabajar con el cambio de actitud del ser humano. Esta situación es realmente muy compleja y difícil de llevar a cabo y, de alguna manera, es un desafío general para la salud pública en su conjunto. Es así que luchar contra el cáncer significa hacer la prevención precoz del mismo; luchar contra las enfermedades cardiovasculares implica generar cambios y actitudes de las personas; y luchar contra los accidentes de tránsito es algo que conocemos muy bien. Con esto quiero decir que establecer una política de promoción, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico en el que se encuentra en la actualidad el Uruguay, implica que se debe invertir para lograr resultados a largo plazo, con excepción de algunas situaciones como, por ejemplo, ciertas enfermedades trasmisibles.

De hecho, en el combate contra el SIDA, principal pandemia en el momento actual, se han obtenido éxitos muy importantes. En los años 1995-1996 se vendían 3:000.000 de preservativos anuales, mientras que hoy se venden 16:000.000 y en la proyección de la curva de crecimiento del SIDA vemos un aplanamiento de la misma, correspondiente al grupo etario que se encuentra entre los 15 y los 30 años, lo que constituye uno de los objetivos fundamentales de todo programa de promoción.

Esto quiere decir que cuando nos enfrentamos a enfermedades trasmisibles, es factible actuar más rápidamente. A su vez, cuando estamos frente a enfermedades de tipo crónico, los resultados son a más largo plazo y no tan espectaculares como los primeros.

Es necesario mencionar -porque es un éxito de todo el país- que en el año 1991 entró en el continente una enfermedad como el cólera y, sin embargo, hasta el presente Uruguay no ha registrado pacientes de esta enfermedad.

Asimismo, como ustedes saben, en toda la región hay dengue, pero con el combate específico que se está realizando, hasta el presente aquí no se han registrado casos, ni brotes esporádicos.

Debo expresar, también, que comparto la forma en que el señor Legislador Posada ha enfocado el tema, ya que lo hizo hacia la promoción de la salud como manera de prevenir los problemas que podrían ocasionarse a posteriori.

En tal sentido, quiero decir que hemos sentido preocupación por algunos de los temas presentados. Por ejemplo, para atacar los problemas vinculados a la esfera cardiovascular, uno de los puntos fundamentales -muy bien demostrado en los Estados Unidos- es luchar contra el hábito de fumar. Si pudiéramos obtener resultados efectivos contra dicho hábito, probablemente se lograrían reducciones muy importantes en nuestros gastos de salud. Obviamente, esto se concretaría a largo plazo, dado que muchas generaciones seguirán teniendo los problemas que por él se originan. Para que se perciba el interés del Poder Ejecutivo en este tema, debemos recordar que él envió a este Parlamento, en el año 1996, un proyecto sobre el control del hábito de fumar.

En el mismo sentido, y tal como fue señalado por el señor Legislador Posada, debemos decir que es muy importante, a fin de ir sustituyendo la técnica de diálisis -una de las tecnologías que más insumos tiene, desde el punto de vista económico, para el Fondo Nacional de Recursos-, obtener un mayor número de transplantes renales.

Debo decir, también, que el Poder Ejecutivo envió al Parlamento un proyecto de ley sobre transplantes, tomando en cuenta el tema de los donantes. Al respecto, se han hecho esfuerzos importantes y creo que es necesario señalarlos. A pesar de que dicho proyecto no tuvo sanción, se puede decir que, con los cambios que instrumentamos para obtener la voluntad de las personas con relación a los transplantes, se ha podido quintuplicar las voluntades de donación con respecto a las que había hace cinco años. El resultado de esto es conocido, ya que en el país se están haciendo transplantes con más frecuencia que antes. Esto se ha debido, sobre todo, a que la voluntad de donación se ha podido recoger, independientemente de que no se haya sancionado una ley al respecto.

En este marco, el Fondo Nacional de Recursos presenta algunos problemas, el más inquietante de los cuales es el que tiene que ver con el incremento del gasto. Esto ya fue señalado y es preocupación de todos nosotros.

Pienso que, a efectos de las comparaciones internacionales, es importante señalar que no es un gasto muy elevado el que se acerca a un 8% o 9% del gasto total de salud que el país tiene. Uruguay invierte alrededor de U$S 2.000:000.000 en salud. Entonces, la cifra de U$S 150:000.000 destinada a la alta tecnología no impresiona como un gasto excesivo, con relación a los de los otros países. Por ejemplo, los países europeos gastan, de acuerdo con los indicadores que hoy se tienen, alrededor de U$S 1.800 por persona, por año. Por su parte, un sistema más racionalizado, como es el canadiense, gasta unos U$S 1.600 por persona, por año y en nuestro país se gastan U$S 650 por persona, por año. Obviamente, estoy hablando en números absolutos, ya que tenemos que ver los resultados de acuerdo con lo que se está invirtiendo realmente en valores absolutos. Sé que esto significa un esfuerzo tremendo para el país, ya que representa el 10% de su Producto Bruto Interno, dado que la alta tecnología que financia el Fondo Nacional de Recursos a través de las IMAE es, en general, cara. No obstante esto, es importante tomar en cuenta, en un enfoque sobre las perspectivas hacia las que se pueden orientar las posibilidades del Fondo Nacional de Recursos, el hecho de que en este tiempo se hicieron esfuerzos dignos de destacarse. En ese sentido, quiero recalcar los esfuerzos tendientes a mejorar todo lo que tiene que ver con el control de calidad. Son elementos que se han introducido a través de nuevos equipos de trabajo, que han permitido establecer evaluaciones para algunas tecnologías. Si bien es cierto que las mismas podrían ser más profundas, debo decir que en el Ministerio de Salud Pública estamos trabajando en este aspecto, a efectos de establecer los protocolos correspondientes de evaluación de las tecnologías, lo que no es fácil de determinar.

Digo esto, porque si bien algunas técnicas pueden ser efectivas desde el punto de vista de los costos, a la hora de definir es importante tener en cuenta con qué tipo de material científico contamos detrás de ellas, a fin de avalarlas o no. En términos generales y quizá con alguna excepción, diría que con el proceso iniciado con la evaluación realizada por el doctor Alduquerque y los grupos que han trabajado en esto, se creó una Subcomisión, dentro del Fondo Nacional de Recursos, que tiene el cometido de estudiar todo este material, a efectos de poder formular modificaciones en algunos de los puntos planteados. Es cierto, tal como expresó el señor Legislador, que no existe oposición de intereses. El sistema no está estructurado, actualmente, para que ello se dé de esta forma. Incluso, es un elemento que en un futuro podría ser considerado como tal, por lo menos para alguna de las tecnologías que hoy se desarrollan. Allí también pueden estar incluidos otros puntos, tal como se ha señalado. Ellos, sin duda alguna, necesitarán de una gran reflexión a efectos de poder garantizar algo que, desde el punto de vista técnico, nos es muy preciado, como es la calidad de la atención. En tanto mantengamos la garantía de que vamos a poder dar una buena calidad de atención -tal como creemos que se otorga, por el Fondo Nacional de Recursos, a través de las IMAE-, creemos que es factible realizar múltiples modificaciones, que podrían hacerse efectivas una vez que hallamos reflexionado profundamente sobre el tema.

A su vez, creo que el Fondo Nacional de Recursos -que es fruto de la legislación- ha sido tremendamente generoso, porque no conocemos ningún país del mundo en el que alguna institución se haga cargo de las operaciones a realizarse en el exterior; en ningún país se paga a una persona para que se vaya a operar en otro lugar. Sencillamente, eso no existe; es una idea muy nuestra, muy uruguaya, si se quiere, y, también, muy solidaria.

Por otra parte, estamos hablando de algo que no es tan caro, puesto que lo que maneja el Fondo Nacional de Recursos en materia de intervenciones en el exterior con relación al conjunto de operaciones, es algo más del 1% o del 2% de la totalidad. A partir de allí se pueden resolver una serie de problemas antes de que en nuestro medio se incorpore una serie de tecnologías.

Debemos decir, también, que el Fondo Nacional de Recursos ha cumplido una labor de mejoramiento científico de la

atención médica del país, tema al que damos una gran importancia. ¿Por qué? Porque sabemos que muchas de las IMAE -naturalmente, no todas- utilizan la información que recogen, a los efectos de mejorar la parte científica que, por supuesto, es expuesta en diferentes foros nacionales e internacionales, lo que hace que nuestro país sea reconocido en cuanto a la medicina que puede prestar.

El hecho de que hoy en día se practiquen tecnologías como el trasplante de médula o los trasplantes cardíacos -que fueron las dos últimas técnicas que se aprobaron en el Fondo Nacional de Recursos, concretamente, durante nuestra Administración- significa que se ha priorizado, tal como lo establece la propia ley, una técnica de alto costo y de alta especialización en beneficio de toda la sociedad.

Esto tiene que valorarse mucho porque, por ejemplo, el último trasplantado de corazón es una persona muy humilde oriunda de Tacuarembó que padecía una severa enfermedad crónica y que hoy está viviendo gracias a que fue trasplantado y a que hubo un donante. Eso quiere decir que en la práctica estamos aplicando el concepto de equidad a que habíamos hecho mención. Es probable que el sistema mutual no tenga la equidad que sí posee el Fondo Nacional de Recursos.

Con relación a la introducción de nuevas tecnologías, debo decir que es un tema que requiere de múltiples enfoques. El primero, es conocer la eficacia de la tecnología que se propone a los efectos de ser ingresada al Fondo Nacional de Recursos.

Decíamos hace unos momentos que en cinco años sólo han ingresado dos nuevas tecnologías de las catorce que hoy se practican en el Fondo Nacional de Recursos. Por supuesto que existe una lista de espera de tres o cuatro solicitudes que eventualmente podrían ser incorporadas, pero hasta ahora no se ha entendido que deba hacerse.

Este es un tema difícil de abordar desde el punto de vista global porque, como es obvio, siempre está presente el factor económico como uno de los puntos cruciales a resolver.

Estos son los comentarios generales que deseaba hacer, y aquí hago una pausa en mi exposición.

SEÑOR CHIFFLET.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Legislador.

SEÑOR CHIFFLET.- Señor Presidente: debo hacer dos precisiones previas. En primer lugar, quiero decir que me parece una sesión particularmente constructiva por el criterio manejado -como lo planteó el señor Legislador Posada- en tanto se ha traído este tema a Sala para reflexionar colectivamente, con vistas a las distintas posiciones que cada sector pueda tener en la legislación futura.

El Fondo Nacional de Recursos surgió como una necesidad sentida por todos los sectores y contó con el apoyo de -prácticamente- la unanimidad del Parlamento. Desde luego, comparto el criterio expuesto por el señor Ministro en cuanto a la importancia del Fondo Nacional de Recursos para la vida nacional. Sus puntos de vista son particularmente interesantes aun para quienes no somos expertos en el tema en el cual hemos tratado de introducirnos para, de alguna manera, manejar la información que estamos considerando en el día de hoy.

Ahora bien, desearía puntualizar algunos aspectos como, por ejemplo, cuál fue el criterio para determinar las técnicas que deben ser financiadas por el Fondo Nacional de Recursos. Por cierto que no soy de los que buscan economizar a expensas de la salud; lejos de mi ánimo está esto. Pero desearía saber si el Ministerio de Salud Pública o el señor Ministro entiende que todas las técnicas que actualmente se financian por este organismo corresponden a lo que debe considerarse necesariamente medicina altamente especializada. Me explico. Todos sabemos que hay una evolución en las técnicas y, desde luego, también en algunos actos médicos. Adelanto que me he asesorado al respecto con quienes conocen el tema y sé que, por ejemplo, una litotricia o la colocación de un marcapasos, quizá, en algunos casos no deban considerarse a esta altura de nuestro desarrollo de la medicina, operaciones o actos médicos propios de la medicina altamente especializada. Insisto en que no es mi intención economizar. Sé perfectamente que la ley, en sus artículos 4º y 5º, y también el reglamento dictado por el Poder Ejecutivo en 1993 establecen qué se entiende por medicina altamente especializada. No obstante, mi interés es saber si desde 1993 hasta hoy los criterios acerca de qué operaciones o actos médicos se consideran medicina altamente especializada han variado o no. Personalmente, sostengo que con el transcurso del tiempo tendrán que ir variando.

Entiendo, por otra parte, que el Fondo Nacional de Recursos realiza una serie de pagos a las Instituciones de Medicina Altamente Especializada. Entonces, pregunto cómo se controla -naturalmente, si es que se lo hace; yo creo que sí- que esas técnicas se hayan efectivamente aplicado. No sé si en alguna oportunidad alguna auditoría observó el cobro de determinadas operaciones o de actos médicos que no se habrían cumplido.

Soy consciente de que estamos ante un tema muy delicado; no es, sin duda alguna, un hecho demasiado resonante o que se hubiera producido con mucha frecuencia pero, como en cierta oportunidad escuché alguna versión al respecto, el tema me interesa particularmente.

En suma, desearía saber, en primer lugar, si se entiende que la recaudación deberá aumentarse; si, como se ha informado, los gastos han crecido mucho -esto se ha dicho-; y si se entiende que ese incremento es el adecuado. Concretamente, si se justifica, por ejemplo -este tema fue abordado por el señor Legislador Posada-, que ese crecimiento es lógico con relación a los gastos que el Legislador Posada mencionó con referencia a ASSE.

En lo que tiene que ver con algo que es típico de nuestro país y constituye, sin ninguna duda, un acto de solidaridad que

caracteriza a nuestra actitud médica -esto es, las operaciones en el exterior-, con frecuencia nos encontramos con que por televisión y por radio se difunden solicitudes de fondos. En cada oportunidad en que las escucho me planteo a qué se debe esa circunstancia y si la persona ha recurrido o no a los fondos correspondientes. Esto suele suceder y, como es una inquietud colectiva, deseaba trasmitirla al señor Ministro.

Por el momento, estas son las preguntas que quiero plantear y, para no multiplicar las interrogantes, en todo caso más adelante agradecería al señor Ministro que me permitiera formular otras.

SEÑOR MINISTRO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Ministro.

SEÑOR MINISTRO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- Señor Presidente: básicamente, queremos encarar algunos puntos planteados por los señores Legisladores sobre los cuales ya hemos tenido oportunidad de fijar posición institucional del Ministerio y, en su enorme mayoría, más que como Ministerio, como Poder Ejecutivo.

Debo comenzar destacando que celebro -lo hemos hecho en otras oportunidades- la ocasión de analizar algunos de estos tópicos y sobre todo subrayar, porque advierto que afortunadamente existe entendimiento entre todos por procurar aquellas soluciones legislativas que puedan estar siendo abordadas a comienzos de la legislatura, que ciertamente sobre un tema tan peculiar como éste, nuestra experiencia en la participación como administradores de este fondo más la inquietud de los señores Legisladores dan sustento a una enmienda legal que a todas luces al día de hoy parece imprescindible llevar a cabo.

De manera que cuando existe acuerdo previo sobre la pertinencia y la conveniencia de cambiar un marco legal vigente que permita una mejor cobertura y en consecuencia una adecuada administración de los recursos comprometidos en este sector, entiendo que están dadas por lo menos las condiciones básicas como para hacer un buen abordaje del tema. En ese sentido confío en que se pueda llegar a una solución satisfactoria en el plano legislativo.

Creo que hay algunos aspectos que importa destacar en esta primera intervención. El señor Legislador Posada, en su intervención hizo caudal de muchos aspectos concernientes al funcionamiento del Fondo, al monto del gasto que involucra, a cómo hacer y cómo se efectúa el contralor de ese gasto y a cómo, a su vez, se deben dar los mecanismos de aportación para que ese Fondo tenga un funcionamiento saludable. Ciertamente, hubo varias consideraciones sobre informes de destacados analistas que mucha luz han arrojado sobre el particular, siempre en el entendido de que el Fondo ha sido -como bien destacaba el señor Ministro de Salud Pública-, más allá de todas las cosas que restan legislarse y mejorarse a los efectos de su más adecuado y eficiente funcionamiento, un logro de la sociedad uruguaya que debe estar presidiendo cualquier idea de modificación que queramos impulsar.

En primer lugar, señor Presidente, señalo que no hay mérito ni razón para que un gasto de esta envergadura -y permítaseme que empiece por las consideraciones del plano financiero- escape al control presupuestal. No lo entiendo y no lo justifico, porque creo que se cometen simultáneamente tres discriminaciones. Y considero que tenemos alguna autoridad para decirlo, porque seguramente algunos de los integrantes de este Cuerpo con quienes hemos compartido largas horas en el análisis presupuestal, por lo menos más allá de nuestras diferencias, nos darán la razón cuando recuerden que nosotros, sin necesidad de planteo del cuerpo legislativo, trajimos en nuestro primer presupuesto quinquenal correspondiente a este período de Gobierno, nuestra preocupación de ejercer un control sobre los gastos extrapresupuestales. Y no esperamos que el Parlamento nos dijera: «Pero, señores, estamos analizando una parte de gastos y una parte de recursos y hay otra parte fuera de esto que ustedes nos presentan en estos volúmenes tan enormes, que no están siendo analizados, los famosos proventos y sus afectaciones de gastos, donde hay en juego dos puntos del Producto Bruto Interno, del orden de los U$S 400:000.000». Hoy, Rendición a Rendición, eso es presentado y seguramente también ameritaba la consideración del Cuerpo. No hemos logrado incorporar el 100%, pero estamos en vías de poder tenerlo en próximas presentaciones y será parte del legado que dejaremos a la nueva administración.

Por lo tanto, creo que tenemos cierta autoridad en ese sentido y en este plano para decir que no encontramos razón para que esto no esté incorporado. Quiere decir que el primer punto importante es que hay un gasto considerable que ha crecido -después veremos su porqué- que no es objeto de control legislativo, sobre lo cual creo que no es necesario abundar en detalle. Pero a su vez entra en contradicción con todos aquellos artículos que hoy conforman la legislación en materia presupuestaria, que afortunadamente han sido consagrados en ley y que son el elemento clave para que el Legislador evalúe. ¿En qué consiste esto? Procuramos que hubiera indicadores de metas y objetivos para hacer una mejor evaluación de las instancias de Rendición de Cuentas. Es decir, suministrar la mayor cantidad de información disponible a los efectos de ver en indicadores claves que hemos tratado de sistematizar, cómo se ha comportado inciso a inciso y repartición a repartición el cumplimiento de las metas y objetivos y qué uso se hizo de los fondos que el Parlamento le ha indicado.

Aquí diría que hay entonces una segunda discriminación, porque existen áreas del Estado que tienen que plantear sus metas y sus objetivos y ver qué uso cabal se hizo de los recursos. Hay áreas del Estado para las cuales no existen esas metas, sino más bien que de lo que se trata es de dar satisfacción a necesidades crecientes que son las que han llevado a que el gasto se haya expandido. No estoy en condiciones de decir si es razonable o no, pero por lo menos, dado que siempre existe restricción de recursos, que sea el Parlamento, en representa-

ción del cuerpo social, el que determine cuánto asignar a las nuevas tecnologías y cuánto debería ser lo establecido como meta u objetivo en cumplimiento de esos montos que se asignen. Naturalmente, menos razón uno encuentra para decir que cómo es posible que para cosas tan vitales en una sociedad -como lo es la atención de los sectores carenciados donde la tasa de mortalidad infantil es más elevada- existe determinado nivel de fondos, y para tecnologías -es deseable que este proceso de mejoramiento en términos de equidad se extienda en incorporaciones nuevas-, lo que se destina quede en una gran interrogante.

En consecuencia, señor Presidente -no voy a abundar mucho más en ello; creo que estoy dando respuesta a una pregunta que había sido parte de nuestra posición cuando comparecimos en la Comisión-, tenemos la más absoluta certeza y convicción que este debe ser un inciso a ser incluido en la próxima ley presupuestal.

Además, creo que no solamente eliminaríamos la discriminación con otras reparticiones que, en cumplimiento con la ley, tienen que presentar al Parlamento metas, objetivos y uso de recursos, mientras que otras no, sino que a su vez podría significar un notorio avance en términos de definición de cosas tan vagas como qué significa en el mundo de hoy -y ahí ya voy a la inquietud formulada por el señor diputado Chifflet- una medicina de alta tecnología.

Creo que por acumulación de ciertos procedimientos que han llevado a tener una determinada cantidad de técnicas, no ha habido posibilidad de revisar a fondo si son o no componentes claves que ameriten su mantenimiento en el Fondo Nacional de Recursos. Si entiendo bien, esa es la inquietud del señor Legislador Chifflet.

Cuando analizamos lo que ha venido ocurriendo desde el 1º de diciembre de 1980 hasta la fecha, lo primero que debemos preguntarnos es si todos dimos cumplimiento cabal a la ley que dio lugar al nacimiento del Fondo. Digo esto, porque en la misma había una definición clara y muy precisa de que la alta tecnología era algo que no podía abordarse por las distintas instituciones que brindan cobertura de la salud y la sociedad; de alguna forma, tenía que brindar su aporte para que ese servicio se incorporara, una vez que esa técnica se democratizara. Toda tecnología tiene luego un proceso de abatimiento de costos en la medida en que surgen nuevos elementos. Si desapareciera o saliera de ese Fondo, sería posible que ingresaran otras tecnologías en un proceso de esa naturaleza.

Aclaro que no soy conocedor del tema, sino que, simplemente, en la función que se me ha asignado en estos años, soy administrador de los recursos de la gente. La primera inquietud que tenemos en este plano tiene que ver con el hecho de si el Fondo no pasa a ser un seguro de cobertura de por vida para todas las tecnologías que ingresaron en alguna oportunidad; si es así, estaríamos incumpliendo la ley vigente o alternativamente no requeriríamos de algún ajuste a los efectos de garantizarlo.

Entiendo que si esto es objeto de control parlamentario como un Inciso de la Administración Central, habrá oportunidades en las cuales se hará caudal de las razones que invocan la conveniencia de incorporar tal o cual técnica y las que ameritan que otras, progresivamente, vayan desapareciendo.

Diría que hasta el 1º de diciembre de 1980 todavía existían modelos de máquinas de escribir de alta tecnología, pero en la actualidad, quien tenga máquina de escribir, ha quedado, por lo menos, una década rezagado. Aclaro que esta no es mi área y, por lo tanto, no puedo opinar, pero tengo la impresión de que en ese plano puede haber, de alguna forma, cierto incumplimiento en el espíritu del Legislador.

Tengo conocimiento del enorme esfuerzo que ha realizado el Fondo Nacional de Recursos por dar cobertura de servicios que, ciertamente, están fuera de sus posibilidades. Sabemos que estos son temas de una naturaleza muy especial, pero cuando estos aspectos no son evaluados sistemáticamente, corremos el riesgo de privar a algunos ciudadanos de servicios que hoy son de alta tecnología porque, financieramente, nos vemos desbordados y no podemos brindar ese tipo de cobertura. Deberíamos pensar en tener un stock de renovación permanente de tecnología, una vez que sean de fácil acceso para cualquier institución, por lo que podría desaparecer dicho Fondo. Esto sería lo deseable pero, en última instancia, dependerá de la discusión que se procese en el plano legislativo cuando este tema sea objeto de revisión, de análisis y de contralor en este sentido.

Creo que esto solucionaría gran parte de los problemas o que sería un punto medular en todas las inquietudes e interrogantes que se han planteado; para mí este es el centro del asunto. Si está bien definido, podremos ingresar en la discusión acerca de si es o no conveniente destinar este volumen de recursos para mantener servicios de alta tecnología. Asimismo, deberemos analizar si están bien ponderados con las coberturas básicas que se están brindando. Pienso que son bastante razonables los niveles de proporción que existen en la actualidad y seguramente ameritarán un debate y para quien sea administrador habrá, por lo menos, directivas del Cuerpo, a los efectos de abocarse al tema.

Por otra parte, ello nos evitaría otra discusión, que es bastante propia de los tiempos que transcurren y tiene que ver con lo que entendemos por consumismo tecnológico. Considero que es saludable y humano que la gente aspire a que se atiendan sus problemas, ya que es de una gran sensibilidad dar satisfacción a los problemas de salud, disponiendo de lo mejor que exista en el mundo.

Podemos tener una discusión muy interesante a propósito de si no ingresamos a un terreno de consumismo tecnológico, como han advertido varios economistas en sus informes. Más allá de este tipo de consideraciones, debemos sentar las bases de cuáles son y qué carácter deberían tener las nuevas técnicas que ingresen, así como, cuáles serían las que deberían retirarse, de manera de ir corrigiendo ese problema. Tal vez, así también se apunte a dar solución a otra dificultad que se desta-

caba, ya que podría existir en determinadas especialidades una sobreoferta, es decir, un exceso de disponibilidad de medios. El instrumento contralor parlamentario o cualquier ámbito de análisis presupuestal, creo que le va a dar mayor cobertura.

SEÑOR CHIFFLET.- ¿Me permite una interrupción, señor Ministro?

SEÑOR MINISTRO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- Con mucho gusto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Puede interrumpir el señor Legislador.

SEÑOR CHIFFLET.- En primer lugar, debo subrayar que me parecen muy importantes las informaciones que está brindando el señor Ministro de Economía y Finanzas las que, sin ninguna duda, serán tenidas en cuenta por los Legisladores que nos sucedan cuando se analicen esos temas en próximos períodos legislativos.

Diría que algunas de las preocupaciones sustanciales nuestras han sido contestadas a satisfacción por el señor Ministro de Economía y Finanzas. Pero, al respecto y quizás como aspecto lateral de estos temas, hay una inquietud que planteó el señor Legislador Posada, que desearía subrayar. En algún momento de su exposición, él indicó que existen instituciones que consideran -creo que este fue su concepto- que hay una forma de relativo fácil acceso a los recursos. En ese sentido, me interesaría conocer alguna información sobre el número de Instituciones de Medicina Altamente Especializada. Tengo entendido que esa cantidad ha aumentado y quisiera saber si ello se justifica o no. ¿Se considera que la capacidad instalada es suficiente? Digo esto porque aquí sí, de alguna manera, aparecen demandas y desearía saber a cuánto ascienden las deudas de la Comisión Administradora de los Fondos con las Instituciones de Medicina Altamente Especializada.

Gracias, señor Ministro.

SEÑOR PRESIDENTE.- Puede continuar el señor Ministro de Economía y Finanzas.

SEÑOR MINISTRO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- Adelanto que, seguramente, los representantes ministeriales están en mejores condiciones que quien habla para realizar una evaluación sobre la interrogante formulada por el señor Legislador Chifflet.

Quiero terminar mi exposición refiriéndome a la inquietud que tiene que ver con todo el análisis de costos y los mecanismos de contralor que a tales efectos tiene el Fondo Nacional de Recursos.

Aclaro que no hemos traído citas para referirnos a ellas, pero creo que todos los integrantes de este Cuerpo son contestes en destacar y también recordar diferencias que aparecían en medios de prensa a la hora de fijar aranceles para determinados tipos de actos médicos. Finalmente, lo que se hace es llevar adelante un minucioso análisis de costos, es decir, todo tiende a realizarse de manera de ver si los precios se ajustan a la realidad, ya que es en función de ello que posteriormente se fijarán los aranceles.

Insisto en que el control sobre lo que involucran las erogaciones del Fondo que sean presentadas -en lo que tiene que ver con el Estado- en próximas instancias presupuestales, contará con mejores herramientas de análisis y, ciertamente, será un estímulo para quienes tienen que llevar a cabo las evaluaciones sobre costos y las fijaciones de aranceles. De esa forma, lo que es un acto en aras de mantener una disciplina, también podrá estar acotado a un nivel de erogación que pueda establecer el Parlamento.

En cuanto a otras interrogantes que tienen que ver con el mecanismo de aportación y otras inquietudes, me gustaría que hiciera uso de la palabra el señor Subsecretario de Economía y Finanzas, economista Moreira.

Antes de ello, quisiera decir que, en los términos en que hemos venido analizando los grandes aspectos que hacen a la problemática en cuestión, me parece que la modificación del reglamento interno, que también consideramos conveniente llevar a cabo, ciertamente se hará en la instancia legislativa correspondiente. En esa oportunidad, la señalada conveniencia del restablecimiento de ciertas mayorías para el Estado, podrá quedar firme.

En rigor, deberíamos procurar preservar algo que es clave, como la contraposición de intereses, porque cuando este aspecto de cambio del reglamento interno era objeto de consideración por parte del Poder Ejecutivo, aún no se habían producido algunos fenómenos relacionados con la operación de los IMAE, que posteriormente se llevaron a cabo. Naturalmente, creo que estamos ante algo mucho más importante que modificar un reglamento interno, ya que debemos sentar las bases para un sistema más sólido en sus principios básicos y con mejores mecanismos de contralor. No tengo dudas de que de ello se desprenderán cambios en el número de integrantes de la Directiva y la composición de sus mayorías.

A continuación, si el Cuerpo lo permite, dejaría en uso de la palabra al señor Subsecretario de Economía y Finanzas para que se refiera a otros aspectos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Subsecretario de Economía y Finanzas.

SEÑOR MOREIRA.- Señor Presidente: quisiera referirme a dos o tres aspectos que fueron planteados por los señores Legisladores Posada y Pintado.

En lo que tiene que ver con los aportes que hace el Ministerio de Economía y Finanzas al Fondo Nacional de Recursos, explicaré cómo lo hace y por qué opera de esa manera. La Ley

Nº 16.343, de diciembre de 1992, establece en su artículo 3º que el Estado deberá cubrir la atención de los habitantes poseedores del correspondiente carné de asistencia otorgado por el Ministerio de Salud Pública.

Hasta la fecha no se ha podido determinar fehacientemente cuál es la población asistida en Salud Pública con carné. Esto no ha sido así por un capricho, sino porque esa evaluación presenta grandes dificultades. Los carné emitidos por el Ministerio de Salud Pública tienen una vigencia de dos años. Si se releva la población que debería poseer dicho carné, se obtiene un resultado que es inferior -como explicaré más adelante- a la cantidad de personas por las que el Ministerio de Economía y Finanzas aporta al Fondo Nacional de Recursos. Al mismo tiempo, hay mucha gente con el carné vencido, que al necesitar asistencia en el Ministerio de Salud Pública, concurre allí e inmediatamente se le expide uno nuevo. Por lo tanto, la cantidad de personas potencialmente asistidas es mayor que el número de carnés emitidos con una vigencia de dos años.

Ante esa dificultad, el Poder Ejecutivo se ha visto obligado a dictar sucesivos decretos al amparo del inciso segundo del artículo 20 del Decreto-Ley 358/93, por el cual se prorroga el régimen de recaudación provisoria establecido en este inciso. ¿En qué consiste este mecanismo? El Estado abona al Fondo Nacional de Recursos el monto devengado por todos los actos de Medicina Altamente Especializada efectuados a pacientes amparados por el Ministerio de Salud Pública. En consecuencia, una primera conclusión que se desprende de esto es que el Ministerio de Economía y Finanzas paga por costos, es decir, por el total gastado por cada paciente asistido por Salud Pública. Es importante, entonces, tener en cuenta que el Ministerio de Salud Pública no genera déficit al Fondo Nacional de Recursos.

Debemos considerar también cómo aporta el sector privado. Lo hace por la cuota que se cobra. De esta manera, como el Estado no produce déficit, ya que paga por costo y, mientras que el sector privado abona una cuota, es este último el que genera déficit al Fondo Nacional de Recursos. Esto se puede constatar analizando la intensidad en el uso de las técnicas por pacientes de Salud Pública y del sector privado.

Tomando la población asistida, se observa que en diez técnicas -exceptuando diálisis, que tiene igual intensidad de uso en ambos sectores, y quemados, que presenta mayor intensidad de uso en Salud Pública-, hay un uso más intensivo por parte del sector privado que por aquellos que provienen del Ministerio de Salud Pública. Podemos decir que, prácticamente como promedio, la intensidad del uso de las técnicas que hacen los pacientes de Salud Pública es inferior al 50% del que hacen los del sector privado. Quiere decir que, de alguna manera, al aportar el Estado por los costos generados por los pacientes de Salud Pública y el sector privado por lo que recauda por concepto de cuota, el Estado no produce déficit al Fondo Nacional de Recursos, mientras que el sector privado sí. Esto se debe a un uso más intensivo de las técnicas en el sector privado que en el público.

Se podría hacer una reflexión, ya que hemos escuchado decir a la opinión pública a través de la prensa que lo que paga el Ministerio de Economía y Finanzas es excesivamente bajo, en función de la población potencial que debería asistirse en el Ministerio de Salud Pública. Pero si analizamos los datos en forma somera, partiendo de una población total de unos 3:150.000 habitantes en nuestro país y descontando los 1:550.000 afiliados a las IAMC, unos 352.000 pacientes que se atienden en los Hospitales Militar y Policial, los afiliados a las instituciones privadas parciales, que son alrededor de 45.000 personas, unos 55.000 por jubilados y por cobertura de niños menores de tres meses que son atendidos en el Banco de Previsión Social, aquellos que no tienen cobertura formal -que según ciertas encuestas son alrededor del 8% y arrojan un total de 252.000 personas- y un 2% de la población -63.000 personas-, que es no indigente, pero se atiende en el Ministerio de Salud Pública y, por lo tanto, no ameritaría tener un carné asistencial porque tiene capacidad de pago, obtenemos una población potencial para el Ministerio de Salud Pública del orden de 830.000 habitantes.

A través del sistema de pago al que me he referido anteriormente, si tomamos todo lo que hemos pagado al Fondo Nacional de Recursos en 1998 y lo dividimos por la cuota promedio de ese año, vemos que estamos haciendo un aporte equivalente a 850.000 personas. Quiere decir que, además de lo que hemos mencionado acerca de cuál es el procedimiento y su justificación, debemos señalar que hoy por hoy el Ministerio de Salud Pública, por medio de los recursos de Rentas Generales, está pagando por una población un poco superior a lo que indicaría la población potencial asistida en el Ministerio de Salud Pública.

Este tema nos parece claro y, por eso, hemos mantenido nuestra posición en el transcurso de esta Administración.

Por otra parte, si el señor Legislador Posada me lo permite, intentaré ir respondiendo a todas las preguntas planteadas, aunque en distinto orden, sin perjuicio de que al final hagamos un repaso sintético para que podamos responder adecuadamente a sus inquietudes.

A continuación, me referiré al tema de la sobrecuota mutual. ¿Cómo nace este tema? En diferentes reuniones que el Ministerio de Economía y Finanzas ha mantenido con los integrantes de la Coordinadora de las IAMC, tanto con el Presidente del Plenario como con el de FEMI y el de la UMU, en lo que va de nuestra Administración y, en especial, durante el año 1998, tratamos de visualizar distintos aspectos de la problemática del sistema para, de alguna manera, ir encontrando medidas que solucionen los problemas de corto plazo e ir delineando otras que resuelvan los de mediano y largo plazo. Creemos que las verdaderas soluciones están en el mediano y el largo plazo, mientras que en el corto plazo sólo hay algunas que permiten oxigenar el sistema. A través de las citadas reuniones -una de ellas realizada a fines de agosto-, se nos planteó por parte del Presidente del Plenario, el doctor Blankleider, la posibilidad de que se pudiera cobrar una cuota voluntaria a los

efectos de oxigenar a las instituciones que, según ellos entendían, era necesario. En principio, dijimos que nada podría impedir a un socio hacer un aporte voluntario a la sociedad mutual, pero tendría que cumplir ciertas especificaciones. El aporte debía tener la característica de ser voluntario, o sea, ser cobrado por recibo separado, de manera de dar al usuario la oportunidad, en el acto de cobro, de decir lo pago o no lo pago. Luego de las indicaciones que dimos a los representantes de las IAMC en cuanto a que este sería el mecanismo para poder cobrar una cuota de carácter voluntario, se nos manifestó que, debido a problemas administrativos y de costos, hacer un doble recibo les sería muy costoso. Expresamos que si querían, podían agregar al recibo un cupón troquelado donde especificaran -les dimos un ejemplo gráfico- que se trataba de una colaboración voluntaria y figurara el valor de la aportación, aclarando al usuario que, en caso de no realizarse dicha colaboración voluntaria, el talón sería retirado y sólo se abonaría el importe de la cuota social señalado en el recibo principal. Señalamos esto a las distintas instituciones, principalmente a los Presidentes del Plenario, de UMU y de FEMI. El Plenario de las IAMC, en un comunicado remitido a cada una de sus instituciones, estableció que se entrevistaron con quien habla y de dicha reunión surgió la siguiente alternativa de solución: «Las IAMC podrán cobrar sobrecuotas voluntarias si los recibos se ajustan al modelo adjunto o se emiten en recibo separado».

Quiere decir, que la instrucción era precisa y fue bien comprendida por los involucrados. Por lo tanto, en principio no ameritaba ningún tipo de inconveniente. Lógicamente, cuando comenzó a funcionar este sistema, creímos que el mismo se llevaría a cabo con la voluntad de dejar en claro que el usuario tenía la potestad de decidir por sí o no el pago. Sin embargo, nos enteramos que había algunas instituciones que no cumplían con esta disposición.

Ante esa situación, el Ministerio de Economía y Finanzas, con fecha 3 de setiembre, emite un comunicado a la opinión pública, aclarando que no ha autorizado aumento de cuota de ningún tipo, en primer lugar, porque se constataba que la sobrecuota se había incluido dentro del recibo y el cobro se hacía de manera compulsiva. En segundo término, se aclaraba que la sobrecuota era de carácter voluntario, que debería figurar en un recibo separado y que aquellos que se sintieran perjudicados, deberían sentar su denuncia en el área de Defensa del Consumidor.

Lógicamente, después de esto, entendimos que debíamos estar alerta y, de alguna manera, controlar si este cumplimiento se hacía o no.

Es así que, comenzado el mes de octubre, cuando pensábamos que lo que se había cobrado compulsivamente se iba a devolver, nos encontramos nuevamente con que había una institución que no había cumplido con este requisito. Ante esa situación, el Ministerio de Economía y Finanzas envía un comunicado a todas las instituciones médicas, a los efectos de que nos informaran -con una copia de un recibo emitido por cada categoría de socios individuales- qué había pasado con el cobro de la cuota voluntaria y cómo se había regularizado la situación de aquellos a los que se les había cobrado, fuera del procedimiento especificado por el Ministerio.

Luego, en 24 horas -plazo que dimos para el cumplimiento de esa disposición-, tuvimos acceso a la información requerida en ese sentido.

Llegado a este punto, quisiera aclarar que el resultado de todo esto fue la detección de que para el mes de octubre hubo una sola institución médica que no cumplió con lo dispuesto para el talón troquelado, ya que aquellos que hacían el pago en locales de «ABITAB» se presentaban con el recibo y el cobrador les decía que en cuanto al cupón troquelado, debían requerir su devolución en las oficinas centrales de la institución, aún cuando ese no era el espíritu con el cual nosotros lo habíamos anunciado a la opinión pública. Asimismo, se detectó que hubo una institución que no había cumplido en el mes de setiembre, pero que no cobró la cuota en octubre y devolvió lo percibido de más en el mes de setiembre. A esto debemos agregar que quedaron cuatro sociedades que no cobraron el cupón en el mes de octubre, pero no habían devuelto el cupón cobrado de más en el mes de setiembre.

Ante esto, el Ministerio de Economía y Finanzas intimó -a través de una resolución de nuestra Dirección General- a esas cuatro instituciones que no cumplieron, al inmediato cese del cobro del denominado aporte voluntario mientras no se estableciera un sistema que realmente otorgue al asociado la posibilidad de optar libremente por realizar o no el pago, así como la devolución de las sumas cobradas hasta la fecha por el referido aporte, junto con el recibo del mes de noviembre, bajo apercibimiento de adoptarse las medidas sancionatorias correspondientes.

Esta es, entonces, la actitud que ha seguido el Ministerio de Economía y Finanzas en este aspecto, y creemos que hemos actuado observando el desarrollo de la propia solicitud presentada por las instituciones privadas.

Quiero aclarar, además, que es muy difícil para nuestro Ministerio controlar el cobro en cada institución y en cada acto. Evidentemente, tomamos conocimiento de ello a posteriori aunque, por supuesto, tratamos de ubicarlos dentro de la reglamentación pertinente.

Otro aspecto al que me quiero referir brevemente tiene que ver con una pregunta que se ha planteado en la Comisión Permanente referente a cómo se han realizado los gastos del Fondo Nacional de Recursos y si había alguna justificación para su crecimiento. Evidentemente, no soy especialista en esta materia, pero encuentro dos elementos fundamentales para explicar parte de la razón de estos gastos. Como ya se ha dicho acá, esto se debe 1) a la incorporación de nuevas tecnologías y 2) a la de nuevos IMAE, lo que posibilita el fácil acceso de los pacientes a la atención especializada. Pero, además, existe la proliferación de centros de diálisis, a lo largo y ancho del país. En este aspecto cabe aclarar que hace quince años sólo exis-

tían unos pocos centros de este tipo en Montevideo, lo cual impedía la atención del paciente de zonas alejadas.

Actualmente, al haberse desarrollado más centros asistenciales, también se ha expandido el gasto. Como dijo el señor Ministro, no somos quienes para determinar si el crecimiento del gasto es adecuado, pero sí podemos decir que ha tenido una gran relevancia. Si se toma el incremento de las cuotas como reflejo del incremento de los gastos -que es un criterio conservador, puesto que las cuotas no cubren todos los gastos- y las cuotas se deflactan por el Indice de Precios al Consumo -sin considerar en este los servicios mutuales, para evitar los sesgos- se obtiene el incremento real. Se observa, entonces, que desde diciembre de 1994 hasta diciembre de 1998 estos gastos se incrementaron en términos reales en un 35%.

Un último aspecto que señaló el señor Legislador Pintado tiene que ver con el tema de los menores. Estimo que este asunto ya se ha discutido mucho en anteriores oportunidades en las que hemos asistido al Parlamento y se refiere a que la ley establece que el pago que se realiza a DISSE por parte de las empresas se hace de acuerdo con el promedio de las afiliaciones individuales de cada institución y, por oposición, surge que las afiliaciones colectivas no integran el cálculo. Por lo tanto, para el pago de DISSE, no se tomaban en cuenta las cuotas que rigen para los convenios colectivos. En virtud de que la reglamentación no definía lo que era una afiliación colectiva, nos vimos en la necesidad de reglamentar lo que se entendía como tal a fin de solucionar este aspecto.

Si el señor Presidente me permite, en este punto cedo el uso de la palabra a nuestro asesor, el señor González, para que explique el mecanismo de regulación que hemos encontrado.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor González.

SEÑOR GONZALEZ.- Señor Presidente: como bien decía el señor Subsecretario, advertido el Ministerio de Economía y Finanzas de la ausencia de una definición de lo que se conoce como «afiliación colectiva», se vio en la necesidad de reglamentar al respecto. En consecuencia, desde principios de este año se entablaron diversas reuniones en las que participaron todas las organizaciones que nuclean a las instituciones de asistencia médica colectiva, alcanzando un acuerdo que el 12 de mayo de 1999 se plasmó en el Decreto Nº 131/99. Se trata de una norma reglamentaria vigente que define y precisa el concepto de afiliación colectiva, haciéndolo mucho más restringido de lo que hasta ese momento se estaba dando en la práctica. De esta forma se llegó a una situación particular porque nos encontramos con una reglamentación más restringida de lo que se venía dando hasta el momento, por lo que había que contemplar las situaciones que quedaban fuera del marco reglamentario.

Fue así que se acordó establecer dos tipos de regímenes transitorios. Por un lado, se creó un régimen general, donde se tienen en cuenta todos los denominados hasta ese momento «convenios de afiliación colectiva», que no reunían todas las características de la nueva reglamentación. A estos convenios se les daba la posibilidad de continuar vigentes hasta la culminación del plazo previsto en los mismos o hasta la fecha establecida en el Decreto, que es junio del año 2000. Por otra parte, se dio origen a un segundo régimen transitorio que es particular y específico ya que atiende solamente aquellos convenios de afiliación colectiva que alcanzaban a menores de 13 años. En este caso el régimen refiere básicamente a dos aspectos. En uno de ellos se exige a la mutualista que presente un padrón de todos los menores que integran este tipo de convenio. Cabe destacar que este padrón se cierra, es decir que en un futuro no podrá haber nuevos ingresos. El otro aspecto refiere a que a medida que los menores que lo integran alcanzan los 13 años, van quedando fuera del convenio de afiliación colectiva. Esto significa que se trata de un régimen transitorio un poco más extenso, o sea que va más allá de un año porque se va agotando a medida que los menores alcanzan la edad establecida.

El criterio manejado por el Ministerio de Economía y Finanzas, en acuerdo con las instituciones de asistencia médica colectiva, para estos regímenes transitorios fue que estos convenios atendían un número importante de afiliados en todas o en casi todas estas instituciones y que el hecho de que una nueva reglamentación los dejara afuera implicaba un doble problema: el afiliado podía perder eventualmente la cobertura de asistencia médica y además ocasionaba un problema económico a la mutualista que perdía un afiliado cotizante que aportaba mensualmente.

De esa manera se llegó a este sistema vigente y que han venido cumpliendo a satisfacción todas las instituciones de asistencia médica colectiva. El Decreto estableció un plazo para la presentación o denuncia de todos los convenios y es de destacar que las instituciones han cumplido con regularidad.

Por su parte, el Ministerio ha hecho un análisis exhaustivo de cada uno de estos convenios a efectos de categorizarlos, ya sea en el régimen general o en alguno de los regímenes transitorios. Además, el Ministerio ha realizado y tiene previsto continuar haciéndolo en el futuro, inspecciones para verificar que se viene dando estricto cumplimiento al cierre de los padrones que tiene por objeto a los menores de 13 años y que no han ingresado nuevos afiliados en base a ese régimen.

Es cuanto quería aclarar.

SEÑOR PRESIDENTE.- Continúa en el uso de la palabra el señor Subsecretario de Economía y Finanzas.

SEÑOR MOREIRA.- Quisiera contestar una pregunta que había formulado el señor Legislador Chifflet en cuanto al número de IMAE al día de hoy. Se trata de 85 IMAE según nuestras informaciones y con la siguiente distribución respecto de cada técnica: prótesis de cadera y rodilla, 4; cateterismo, 6; cirugía cardíaca, 5; marcapasos, 11; litotricia, 3; trasplantes renales, 4; quemados, 3; trasplante de médula ósea, 4; trasplante cardíaco, 4; diálisis, 34; DPCA, 4; y tratamiento endos-

cópico, 3.

Respecto a si son suficientes, creo que no somos los indicados para decirlo, pero pienso que es necesario tener en cuenta que hay que estudiar caso por caso y técnica a técnica. Por ejemplo, en el caso de las diálisis, es evidente que no puede centralizarse todo en Montevideo dado que el tratamiento exige un traslado y quizás ello justifique su distribución en todo el país. Tal vez se pueda concentrar el tratamiento de otro tipo de técnicas, pero reitero que debería hacerse un análisis más profundo de cada caso.

Por último -además de lo que han expresado los señores Ministros sobre aquello que ameritaría el cambio en la legislación del Fondo Nacional de Recursos-, quisiera referirme a un elemento que a mi juicio es importante que se tenga en cuenta cuando se analice el marco que tendrá en el futuro el Fondo Nacional de Recursos. Concretamente, una de las limitaciones que tiene la reglamentación actual radica en que el paciente elige libremente el IMAE. Esto no permite realizar licitaciones, lo cual abarataría mucho los precios de las distintas técnicas. Dado que la ley otorga libertad a los socios para elegir a qué IMAE concurrir, no se puede centralizar, a través de una licitación pública, cuántos y cuáles de ellos se encargarían de una técnica, tratando de adjudicarla por calidad y precio.

Reitero que esta es una limitación que establece la reglamentación actual y que es importante tener en cuenta para las modificaciones futuras.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Ministro de Salud Pública.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PUBLICA.- Quisiera aportar información sobre algunas de las preguntas concretas que realizó el señor Legislador Chifflet.

Una de ellas fue si existieron -a raíz de lo que apareció publicado en la prensa- actos médicos que fueron facturados pero no realizados. Dicha información es correcta. Esto sucedió en una técnica determinada y fue fruto de una investigación administrativa realizada por la propia organización del Fondo Nacional de Recursos. Los antecedentes fueron elevados a la Justicia.

El señor Legislador Chifflet también preguntaba acerca de técnicas que nos fueron financiadas como actos en el exterior, a pesar de lo cual, de vez en cuando, aparecieron en la prensa solicitudes para colaborar en colectas que tenían como fin su financiación. Esto ocurrió, sobre todo, cuando estuvieron suspendidos los actos en el exterior, durante un período de seis o siete meses, puesto que con el financiamiento que teníamos para esa actividad, en general, se había podido solucionar el problema.

No obstante, es importante dejar claro lo siguiente. La organización del Fondo Nacional de Recursos prevé para esta parte del financiamiento de los actos en el exterior que se debe constituir una Comisión Técnico-Médica que es la que establece cuáles son dichos actos. De esto se deduce que no todos los actos que se realizan en el exterior pueden ser eventualmente financiados por el Fondo Nacional de Recursos. La Comisión se integra por un delegado de la Facultad de Medicina, uno de Salud Pública y otro de los IMAE. Como consecuencia, alguna de las circunstancias mencionadas por el señor Legislador Chifflet pueden referirse a alguna técnica que no fuera financiable por el Fondo y, por lo tanto, se buscaron otros recursos para hacerlo.

También se mencionó el tema relacionado con el control de la calidad de los actos médicos. Quisiera señalar que es un área que está en pleno desarrollo. Se ha comenzado a trabajar, fundamentalmente, en el área nefrológica, a través de ciertos parámetros que han sido previamente determinados. Se está llevando una base de datos que indica -según la memoria del año 98 realizada por el Fondo Nacional de Recursos sobre los cuatro años previos de trabajo-, que en el momento actual se estaría en condiciones de evaluar la población que se encuentra en tratamiento, de tal manera de poder tener información certera sobre cómo van siendo conducidos. Claro está que hasta ahora se ha venido realizado con los pacientes que tienen un tratamiento crónico, es decir, que están en permanente contacto con el IMAE correspondiente, en función de su patología. Recién se está empezando a realizar esta actividad que probablemente se desarrolle más en el futuro. A título de ejemplo, podemos señalar que en un IMAE del interior del país, que no voy a identificar, el Ministerio de Salud Pública consideró que no estaba en condiciones de seguir realizando los tratamientos que estaba practicando y como consecuencia fue clausurado. Por último, el señor Legislador Chifflet se refirió a la evaluación de las técnicas. Ya indicamos que se está trabajando en este sentido. Han sido importantes en insumos los informes de TEA y del doctor Alduquerque, pero es necesario analizar todo esto a la luz de la Comisión que está trabajando en el tema. ¿Hasta qué punto se ha llegado? Existe un informe que aún no ha podido ser considerado por la Comisión del Fondo Nacional de Recursos porque ha sido elaborado recientemente, en el cual se ha clasificado un grupo de técnicas que se considera que necesariamente deben seguir siendo prestadas por el Fondo, en tanto otras están en discusión. El tema relacionado con la necesidad de que alguna técnica ya no continúe dentro del Fondo estuvo y está presente durante el último año de trabajo en el Fondo Nacional de Recursos.

SEÑOR PINTADO.- ¿Me permite una interrupción, señor Ministro?

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PUBLICA.- Con mucho gusto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Puede interrumpir el señor Legislador.

SEÑOR PINTADO.- Sin duda, esta ha sido una sesión fruc-

tífera por el nivel de conciencia básica y por algunas informaciones que se aportaron.

Con respecto a lo que señalaba el señor Ministro acerca de que es cierto que cuando surgen en el mercado algunas técnicas -incluso ocurre en algunas técnicas de diagnóstico que es un sistema diferente a este-, al principio, son escasas y sus precios son elevados, y cuando aumentan en cantidad estos comienzan a descender aunque, en mi humilde opinión, no en la proporción en que deberían hacerlo.

Existe un problema que radica en eliminar esa consideración de alta tecnología porque, en el fondo, la pregunta sigue planteada. Cuando se tome la decisión de que alguna alta tecnología deje de ser financiada por el Fondo Nacional de Recursos, no significará su no financiamiento. Esa es la clave que dificulta esa variabilidad que plantea el señor Ministro de Economía y Finanzas, que comparto desde el punto de vista teórico, pero que no resulta fácil a la hora de adoptar la decisión, porque inmediatamente a uno se le ocurre que las tendrían que financiar las instituciones que prestan salud. Por ejemplo, la extensión que ha tenido la diálisis, daría la impresión de que es una técnica que podría salir del Fondo -aunque no sé si técnicamente ello es posible-, en la medida en que se ha popularizado y hay 34 centros que atienden esa problemática. El tema es que hay que financiarlo. El señor Legislador Chifflet indicó que hay algunas instituciones de asistencia médica colectiva que, a la vez, son IMAE porque brindan servicios, entre otras cosas, para captar a su propia población y evitar la fuga de recursos. Es cierto que puede haber un criterio comercial, que no condeno, pero también hay un criterio asistencial de mostrar a las instituciones en un mercado de competencia con la mayor capacidad de captación y posibilidad de brindar servicio.

Esto me conduce a una reflexión, más allá de que tengo una idea preconcebida. Independientemente de que cambie la estructura de financiamiento de los distintos sistemas de salud que existen en la actualidad, quizás sea momento de pensar en mecanismos diferentes de financiación en materia de las instituciones de asistencia médica colectiva. Es claro cómo se financia en el sector público. Para que exista esa movilidad que mencionaba el señor Ministro de Economía y Finanzas, acerca de que el Fondo pudiera tener una variabilidad de atención de altas técnicas de los IMAE, es necesario que alguien financie lo que va quedando en el otro sistema.

Como muy bien decía el señor Ministro, desde el punto de vista de la transición demográfica y epidemiológica en un país subdesarrollado, nosotros tenemos un comportamiento de país desarrollado. Entonces, cabe preguntarse si no sería el momento de ir pensando -estas no son decisiones que se tomen en un minuto- en establecer sistemas de cuota diferencial para estratos de edad diferente, en virtud de que la canasta básica de servicios para las distintas edades varía enormemente, contemplando además alguna de estas variables que permitan financiar lo que hoy integra el paquete del Fondo Nacional de Recursos. Por supuesto que no exijo una respuesta ahora, pero creo que es una dirección sobre la que tendríamos que ir reflexionando. Debemos tener en cuenta que estamos frente a un mercado altamente competitivo a nivel de las instituciones e incluso se trata de una competencia rara porque el mercado está acotado. En realidad, la competencia está dirigida básicamente, no a captar nuevos consumidores del sector salud, sino a quitarse unos a otros ya que, por lo menos en Montevideo, el mercado está bastante topeado. Esta es mi impresión.

Frente a esto, las instituciones adoptan estrategias para captar a quienes utilicen menos la canasta básica de servicios que se ofrece y que son las personas de menor edad y las afiliadas a DISSE. Entonces, aquellas organizaciones que tienen envejecimiento en su población social y que se mantienen en la institución son las que experimentan los efectos de tener que ir proporcionando servicios en función de las demandas que se tienen a determinada edad.

Mi pregunta es si por lo menos está en la agenda el ir pensando en una cuota mutual que establezca elementos distintos, complejos y que pueda adoptar estas variables de transición demográfica y epidemiológica.

SEÑOR POSADA.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Legislador.

SEÑOR POSADA.- Había quedado pendiente de contestación una pregunta referida a la recaudación -si así se está haciendo efectiva- por concepto del impuesto creado a los juegos de azar a través de la línea 0900.

SEÑOR MINISTRO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Ministro.

SEÑOR MINISTRO DE ECONOMIA Y FINANZAS.- Efectivamente, el punto que acaba de mencionar el señor Legislador Posada había quedado pendiente, ya que omitimos contestarlo en nuestra intervención.

De acuerdo con las estimaciones que hemos hecho y pese a la caída que se ha venido registrando en el producido del juego, estamos estimando una recaudación mensual, a niveles actuales del juego, del orden de los U$S 50.000 mensuales. Asimismo, de acuerdo con todos los cálculos efectuados por nuestros técnicos y delegados ante el Fondo, ello sería suficiente para hacer frente al gasto corriente que demanda la cobertura de servicios médicos quirúrgicos en el exterior; no así para poder afrontar los compromisos que ya conforman el endeudamiento pendiente, para lo cual se están tramitando y gestionando créditos, a los efectos de dar fin a estos pasivos. Sin embargo, con este nivel de recaudación, nosotros vamos a poder cubrir las exigencias que a la fecha se han venido planteando.

SEÑOR POSADA.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Legislador.

SEÑOR POSADA.- Señor Presidente: luego de escuchar a los señores Ministros, creo que por lo menos corresponde hacer algún tipo de comentario que obviamente está en línea con muchas de las cosas que acá se han dicho.

En primer lugar, nos queda clara la preocupación de los señores Ministros y, particularmente en este caso -el tema está bajo su responsabilidad- del señor Ministro de Salud Pública, en relación al estudio de los distintos actos que están siendo incluidos hoy como de medicina altamente especializada y respecto a los cuales existen claras dudas sobre si se cumple con la definición que a este respecto ha establecido la Facultad de Medicina. Me refiero a la que establece que se requiere una concentración de recursos humanos y materiales para un escaso número de pacientes, en los que está en juego el pronóstico vital o funcional, articulados de forma tal que permitan obtener excelencia asistencial.

Pienso que cuando analizamos y aplicamos esta definición, por lo menos respecto de algunos de los actos que está cubriendo con sus recursos el Fondo Nacional, claramente surgen y se confirman dudas expresas. El Fondo ha tenido puerta de entrada y no puerta de salida, y de alguna manera esa ha sido su característica. No obstante, hay que pensar claramente en cómo es absorbido esto por todo el sistema de salud, aspecto nada fácil en la medida en que todos sabemos de las dificultades que se vienen arrastrando dentro del sistema, particularmente, a nuestro entender, en el departamento de Montevideo. Con respecto a las mutualistas, podemos decir que a partir del convenio que se firmó en el año 1992 ó 1993, se estableció la remuneración a destajo para determinados actos médicos, lo que claramente no ha tenido la debida financiación y ha venido generando un desfase desde el punto de vista financiero en las entidades de asistencia médica colectiva.

En segundo término, la otra reflexión que queríamos hacer -de alguna manera está referida en este informe al que aludimos hoy del economista Luis Lazarov y de la doctora Marisa Buglioli- se relaciona con el rol del Hospital de Clínicas, aspecto que en cierto modo está contenido en el informe mencionado. Pensamos que esto tendría que ser parte de un análisis, aunque supongo que en las distintas facetas de toda la problemática del Hospital de Clínicas, el tema ya ha sido analizado por las autoridades de la Universidad. Sin embargo, está claro que la posibilidad de convertir a dicho Hospital -dentro del marco de lo que era la financiación del BID- en un IMAE -que ya lo es- y que ello suponga actuar como ente testigo para los otros IMAE, aparece como un objetivo que debería ser analizado.

El tercer comentario que voy a realizar -y con esto termino- es con respecto al tema de la modalidad del financiamiento. Me quedan dudas acerca de si este sistema de financiamiento de cobro del IMAE a través de la cuota mutual, así como el hecho de asignarle responsabilidad al Ministerio de Economía y Finanzas en cuanto a volcar determinados recursos, es exactamente la mejor modalidad de financiación para algo que en el fondo es un seguro; un seguro que tiene las características que decía hoy el señor Ministro y que me parece necesario preservar a cualquier precio: la equidad y la solidaridad. Sobre esos aspectos es que creo que a la hora de revisar el marco legal que regula todo el Fondo Nacional de Recursos, también tendremos que analizar si el sistema de financiamiento que hoy lleva a que parte de los recursos se perciban a través de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y otra parte a través del propio Ministerio, es el mejor para lograr un efectivo financiamiento de este Fondo.

Cabe señalar que en lo que nos es personal creemos haber logrado el objetivo de establecer algunos antecedentes que sin duda van a ser de capital importancia para la próxima Legislatura, en un tema que tal como se ha señalado tendrá que ser indubitablemente abordado.

Muchas gracias.

SEÑOR BERGSTEIN.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor Legislador.

SEÑOR BERGSTEIN.- Señor Presidente: cuando se planteó la convocatoria a los señores Ministros de Economía y Finanzas y de Salud Pública entendimos que no eran los tiempos legislativos apropiados para abordar el tema del Fondo Nacional de Recursos. Sin embargo, debo decir que al cabo de las exposiciones de la tarde de hoy de los señores Ministros, del señor Subsecretario y de sus asesores, he cambiado de opinión.

El tema es muy complejo y no se va a resolver sin un nuevo marco legal. Por lo general, somos partidarios de la creación de personas públicas no estatales percibidas como un esfuerzo para no privatizar y, al mismo tiempo, obtener niveles de eficiencia en determinados sectores de la Administración Pública. Pero, tenemos ciertas reservas respecto a si ese marco jurídico es el más apropiado para el Fondo Nacional de Recursos porque es mucho el dinero que le cuesta al Estado, es muy grande el esfuerzo que hace el Poder Ejecutivo y la sociedad, mientras que la ley vigente lleva a una distorsión en algunos aspectos casi inevitable. El señor Ministro de Salud Pública se refirió muy bien a la importancia que tiene poner el acento en la prevención de las enfermedades, por los sufrimientos, los gastos y todo lo que significa prevenir enfermedades. Pero tenemos un sistema que hace sumamente accesible aplicar técnicas muy costosas cuando se dejó pasar de largo las etapas de prevención y que de algún modo desestimula esforzarse en la prevención.

En segundo término, el señor Ministro de Economía y Finanzas planteó un tema que tiene que ver con la forma en que

se da de baja una técnica que fue altamente especializada en su momento y que hoy se ha popularizado. Disminuyen los riesgos de vida involucrados en la técnica porque con el tiempo mejora la propia tecnología y porque la misma popularización origina un manejo más eficaz y disminuye los riesgos. No está previsto cómo dar de baja a las tecnologías que está financiando el Fondo Nacional de Recursos. Cabe destacar que las diálisis significan un 35% del gasto del Fondo y si a eso sumamos las técnicas cardiovasculares, llegamos aproximadamente a las dos terceras partes del total del gasto. Si bien no son técnicas de rutina, porque como persona nefroctomizada, sigo de cerca todo lo que tiene que ver con la diálisis, que es algo así como un fantasma que veo en el futuro. De todas maneras, me cuesta entender por qué la diálisis es considerada hoy como una técnica altamente especializada. Además, se ha incrementado la oferta porque se hace en todo el país. Entiendo que hay que buscar un mecanismo de baja que se debería establecer en la ley porque, de lo contrario, con los intereses involucrados cada vez que se quiera llevar a la práctica va a ser un parto, si se me permite utilizar la expresión.

En tercer lugar, hay un problema en el sistema actual que también creo que sólo se puede arreglar por ley y es el que tiene que ver con los obstáculos para la trasposición de rubros. Se habla de la financiación de los gastos médicos en el exterior pero, aunque otros ingresos del Fondo permitieran manejarse cómodamente, igualmente están fijadas sus fuentes de financiación y no están previstas las trasposiciones de rubros para financiar los actos médicos en el exterior. Creo que todo el sistema actual propende a algo que distorsiona lo que estaba en la base. No voy a referirme al problema del quórum para tomar resoluciones en la Comisión -quiero ser muy breve- ni cómo se produjo este cambio para algunos actos, pero el hecho es que lo que estaba en la base del Fondo Nacional de Recursos era esa contraposición de mutualistas versus IMAE. En la medida en que las mutualistas van teniendo sus IMAE, se crea una superposición de intereses sobre lo que no vamos a prejuzgar pero que, objetivamente, podemos decir que no es saludable para formar las mayorías necesarias. Creemos que no podemos entrar a considerar una fórmula de financiamiento si previamente no se acuerda una nueva estructura para el Fondo Nacional de Recursos. Creo que existe consenso en cuanto a que esta va a ser una asignatura a la que habrá que abocarse en la próxima Legislatura.

Mientras tanto no quiero terminar estas palabras sin poner en evidencia lo que a mi modo de ver significa la sensibilidad y la seriedad con que el Poder Ejecutivo se ha aproximado a este tema, como ha quedado en evidencia por las intervenciones de sus representantes.

SEÑOR PRESIDENTE.- No habiendo más Legisladores anotados para hacer uso de la palabra, la Mesa quiere hacer dos puntualizaciones.

Si bien no está en condiciones reglamentarias de pronunciarse sobre el fondo del asunto, sí lo puede hacer sobre la forma en que lo hemos tratado.

Creo que estamos dando una señal muy clara en tiempos electorales, apenas a pocos días de una elección, de que los cuatro partidos representados en este Parlamento, junto con el Poder Ejecutivo, hemos analizado un tema de tremenda importancia para el país. Como muy bien señalaba el señor Legislador Posada, echa raíces para que la próxima Legislatura siga trabajando como lo ha venido haciendo el Parlamento y el Poder Ejecutivo. Hemos tenido una tarde de productivo trabajo que da una señal muy clara de la paz, de la libertad y de la fiesta democrática que vamos a tener todos juntos el próximo 31.

Sólo resta agradecer a los señores Ministros de Economía y Finanzas y de Salud Pública así como a todos sus asesores por la información brindada.

**4) SE LEVANTA LA SESION**

SEÑOR PRESIDENTE.- Se levanta la sesión.

(Es la hora 19 y 12 minutos.)

**SENADOR WILSON SANABRIA**
PRESIDENTE

**Sr. Mario Farachio**
**Sr. Horacio D. Catalurda**
Secretario

**Sr. Freddy A. Massimino**
Director General del Cuerpo de Taquígrafos del Senado

Corrección y Control
**División Publicaciones del Senado**
Dep. Legal Nº 205147/99